

Hantsche, Brigitte / Henze, Karl-Heinz und Piechotta, Gudrun

Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes - eine Bestandsaufnahme

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 41 (1992) 4, S. 129-139

urn:nbn:de:bsz-psydok-35496

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERHARDT, U.: Beratungsarbeit mit ausländischen Familien (Counseling Help for Immigrant Families) 76
- KASSEBROCK, F.: Bewältigung der Ablösungsprobleme anfallskranker Jugendlicher und junger Erwachsener mit Hilfe eines multidisziplinären Beratungsteams (Coping with Conflicts in Families of Adolescents and Young Adults with Epilepsy. Strategies of Epileptological and Psychosocial Counseling) 258

Familientherapie

- BAUERS, B.: Familientherapie bei Scheidung (Family Therapy with Divorce Families) 253
- HEEKERENS, H. P.: Humor in der Familientherapie – Zum Stand der Diskussion (Humour in Family Therapy – The State of the Discussion) 25
- MÜSSIG, R.: Familienmuster im Dienst der Selbstorganisation aus psychoanalytisch-systemischer Sicht (Family Patterns with the Task of Selforganisation in a Psychoanalytic-Systemic View) 219
- SCHMIDT, H. R.: Familienkonstellationen in Theorie und Praxis: Über Symmetrie und Komplementarität (Family Constellations in Theory and Practice: Upon Summerty and Complementary) 331

Forschungsergebnisse

- CIERPKA, A./FREVERT, G./CIERPKA, M.: „Männer schmutzen nur!“ – eine Untersuchung über alleinerziehende Mütter in einem Mutter-Kind-Programm („Men Make But Dirt“) – A Study on Single Educating Mothers in a Mother-Child-Programme) 168
- DEIMANN, P./KASTNER-KOLLER, U.: Was machen Klienten mit Ratschlägen? Eine Studie zur Compliance in der Erziehungsberatung (How do Clients comply with Advice?) 46
- HÄRING, H. G./HÜSING, A.: Sind Eltern mit der Schulpsychologischen Beratung zufrieden? – Erprobung eines Elternfragebogens (Are Parents satisfied with School Psychologist's Consultation? – The Testing of a Questionnaire for Parents) 52
- HOLLÄNDER, A./HEBBORN-BRASS, U.: Familiäre Entwicklungsbedingungen von autistischen Kindern vor der Heimaufnahme: Ein Vergleich mit Familien von hyperkinetisch, emotional und dissozial gestörten Kindern (Family-Environment of Autistic Children Before Referral to a Residential Care Institution: A Comparison with Families of Hyperactive, Emotionally Disturbed and Conduct Disorders Children) 40
- HOPF, H. H.: Geschlechtsunterschiede in Träumen. Inhaltsanalytische Erfassung von oknophilen und philobatischen Traumbildern in den Träumen von Kindern und Jugendlichen (Differences of Sex in the Dreams – Content Analytical Record of Oknophile and Philobatic Visions in the Dreams of Children and Young People) 176

- LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H./IHLE, W./LÖFFLER, W./STÖHR, R. M./WEINDRICH, D./WEINEL, H.: „Risikokinder“: Zur Bedeutung biologischer und psychosozialer Risiken für die kindliche Entwicklung in den beiden ersten Lebensjahren (Children at Risk: The Role of Early Biological and Psychological Factors in the Development of Infants and Toddlers) 274
- MACKENBERG, H.: Gefühlserkennen bei Kindern mit MCD-Diagnose (Recognition of Other's Emotions in Children with Minimal Brain Dysfunction) 9
- WEBER, P.: Die Motorik hörbehinderter Kinder (The Motoricity of Hearing Impaired Children) 2
- WEINDRICH, D./LAUCHT, M./ESSER, G./SCHMIDT, M. H.: Disharmonische Partnerbeziehung der Eltern und kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Marital Discord and Early Child Development) 114
- ZIMMERMANN, W.: Integrative Einzelpsychotherapie jugendlicher und junger Erwachsener Enuretiker – psychodiagnostische und psychosomatische Aspekte (Integrative Psychodynamic-oriented Psychotherapy of Youth and Young Adult Enuretics – Psychodiagnostic and Psychosomatic Aspects) 156

Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der deutschen Einigung

- FEGERT, J. M./GEIKEN, G./LENZ, K.: Einige Eindrücke zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Berlin nach dem Fall der Mauer (Psycho-social Situation of Families and Child Psychiatric Problems in Berlin after the Fall of the Berlin Wall) 361
- HÖFLER, C.: Psychosoziale Belastungsfaktoren im historischen Umbruch (Psycho-Social stress Factors Caused by Historical Change) 350
- HUMMEL, P.: Transkulturelle Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Folgen einer inversen Migration? – Zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus der ehemaligen DDR in der ‚alten‘ Bundesrepublik (Cross-cultural Problems in Child and Adolescent Psychiatry or Consequences of an Inverse Migration? – The Diagnosis and Treatment of Children and Adolescents from the Former GDR in the ‚Ancient‘ FRG) 356
- SCHIER, E.: Ethnomedizinische und transkulturell-psychiatrische Aspekte der Migration (Ethnomedical and Transcultural-Psychiatric Aspects of Migration) 345
- SPECHT, F./ANTON, S.: Stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im vereinten Deutschland 1991 (In-Patient and Partially In-Patient Psychiatric Institutions for Children and Adolescents in United Germany 1991) 367
- WINKELMANN, B.: Manifestation psychischer Störungen durch Belastungsfaktoren des historischen Umbruchs in der ehemaligen DDR (Manifestation of Psychic Disorders Through Stress Factors Caused by the Historical Upheavals in the Former GDR) 354

Praxisberichte

- BISCHOFF, D.: Bemerkungen über das Problem der Spaltung bei anorektischen Patientinnen (Considerations About the Problem of Inter- and Intra-psyhic Splitting in Anorectic Patients) 95
- BODE, M./MEYBERG, W.: Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung (Music Therapy in a Children's and Adolescents' Psychiatric Department) 293
- GUGGENBUHL, A.: Das Mythodrama – ein gruppenpsychotherapeutisches Modell für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Tales and Fiction in Group Psychotherapy for Children and Juveniles) 297

Übersichten

- BUCHHOLZ, M. B.: Streit und Wider-Streit – Unbewußtheiten im kulturellen Kontext (Quarrels and Counterquarrels – Unconsciousness in Cultural Context) 17
- DETTMERING, P.: Das Märchen vom ‚Marienkind‘ – Adoleszenz im Märchen (The Fairy-tale of ‚St. Mary's Child‘) 90
- DIEPOLD, B.: Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter (Problems in Diagnosing Borderline Disorders in Children) 207
- FURTADO, E. F.: Die Entwicklung der kommunikativen Kompetenz im Säuglingsalter (The Infant Communicative Competence Development) 139
- GUTTORMSEN, G.: Unfreiwillige Kinderlosigkeit: ein Familienproblem (Infertility: a Family Problem) 247
- HAMMON, C. P.: Gefährliche Comics – nur ein Märchen? (The Dangers of Comics – Nothing but a Fairy Tale?) 184
- HANTSCHKE, B./HENZE, K. H./PIECHOTTA, G.: Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme (Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey) 129
- HELBING-TIETZE, B.: Die Funktion und Bedeutung von Idealbildungen für das Selbst in der Adoleszenz – illustriert an Anton Reiser (The Function and Meaning of Idealizing for the Self in Adolescence – illustrated with Anton Reiser) 57
- KOLBENSTVEDT-MICHEL, G./EGGERS, C.: Die Bedeutung des Übergangsobjektes für die psychische Entwicklung des Kindes (The Significance of Transitional Objects for the Child's Mental Development) 215
- KUSCH, M./BODE, U.: Der Psycho-Soziale Fragebogen für die Pädiatrische Onkologie (PSFPO) (The Psycho-Social Questionnaire of the Paediatric Oncology [PSFQPO]) 240
- MÜLLER-KÜPPERS, M.: Aus den Anfängen der Kinderanalyse (Upon the Beginnings of Child Analysis) 200
- OTTO, B.: Grenzen der Milieuthérapie Bruno Bettelheims (Limits of the Milieu-Therapy of Bruno Bettelheim) .. 316
- SCHACKE, M.: Ichstörungen bei Geistigbehinderten – Ansätze zu einem Verständnis (Egodisturbances by Mental Retardates) 119
- SCHMÖLZER, C.: Angst und Adoleszenz (Anxiety and Adolescence) 320
- SPECHT, F.: Kinder- und Jugendpsychiatrie – wie, wo, für wen? – Fragen der Versorgungsforschung (Child and Adolescent Psychiatry – How, Where, For Whom? – Questions of Medical Care and of Research Concerning Medical Care) 83
- STREHLOW, U./LEHMKUHL, U./HAFFNER, J.: Erfahrungen mit den Neufassungen der Klassifikationssysteme für

- psychische Störungen (ICD-10 und 5. Achse MAS) (Experiences with the New Installed ICD-10 and the New Version of MAS) 328
- VOGT-HILLMANN, M./BURR, W./EBERLING, W.: Ein kurztherapeutisch synergetischer Ansatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Synergetic Approach of Brief Therapy in the Psychiatric Treatment of Children and Adolescents) 286

Tagungsberichte

- Bericht über die Jahrestagung des Arbeitskreises DGPT-
VAKJP vom 28.–30. Mai 1992 in Tiefenbrunn bei Göttingen 263

Buchbesprechungen

- AFFLECK, G. et al.: Infants in Crisis. How Parents cope with Newborn Intensive Care and its Aftermath 230
- BAERISWYL-ROUILLER, I.: Die Situation autistischer Menschen 33
- BÄUERLE, D.: Im Kampf gegen die Drogensucht. Hilfen für Eltern und ihre Kinder 189
- BARCHMANN, H. et al.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter 230
- BREMER-HÜBLER, U.: Streß und Streßverarbeitung im täglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Kindern 101
- BRÜCKNER, J. et al.: Musiktherapie für Kinder 100
- BULLOCK, M. (Ed.): The Development of Intentional Action. Cognitive, Motivational, and Interactive Processes 337
- DIECKMANN, H.: Gelebte Märchen – Lieblingsmärchen der Kindheit 101
- DIETHELM, K.: Mutter-Kind-Interaktion. Entwicklung von ersten Kontrollüberzeugungen 232
- EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 27 ... 148
- ELLIOT, M.: So schütze ich mein Kind vor sexuellem Mißbrauch, Gewalt und Drogen 103
- ESSER, G.: Was wird aus Kindern mit Teilleistungsschwächen? 339
- FAST, I.: Von der Einheit zur Differenz 379
- FISHER, S.: Heimweh. Das Syndrom und seine Bewältigung 340
- FRÖSCHER, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Neurologie mit Repetitorium 103
- GADDES, W. H.: Lernstörungen und Hirnfunktion. Eine neuropsychologische Betrachtung 189
- GÖRRES, S./HANSEN, G. (Hrsg.): Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung 269
- GREIFFENHAGEN, S.: Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung 104
- GRISSEMAN, H.: Förderdiagnostik von Lernstörungen .. 308
- GRISSEMAN, H.: Hyperaktive Kinder 310
- GRÖSCHKE, D.: Psychologische Grundlagen der Heilpädagogik 306
- HEBBORN-BRASS, U.: Verhaltensgestörte Kinder im Heim. Eine empirische Längsschnittuntersuchung zu Indikation und Erfolg 268
- HEIDENREICH, W./OTTO, G.: Sterilisation bei geistiger Behinderung 309
- HEIMLICH, H./ROTHER, D.: Wenn's zu Hause nicht mehr geht. Eltern lösen sich von ihrem behinderten Kind .. 190
- HERKNER, W.: Lehrbuch Sozialpsychologie 234

HINZE, D.: Väter und Mütter behinderter Kinder. Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich	267	SCHOPPE, A.: Kinderzeichnung und Lebenswelt. Neue Wege zum Verständnis des kindlichen Gestaltens	229
HOFMANN, V.: Die Entwicklung depressiver Reaktionen in Kindheit und Jugend	311	SCHULZE, H.: Stottern und Interaktion	99
IMBER-BLACK, E.: Familien und größere Systeme. Im Gerüst der Institutionen	151	SESTERHENN, H.: Chronische Krankheit im Kindesalter im Kontext der Familie	192
JANUS, L.: Wie die Seele entsteht. Unser psychisches Leben vor und nach der Geburt	149	SOLNIT, A.J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 45	69
KEGEL, G./TRAMITZ, C.: Olaf, Kind ohne Sprache. Die Geschichte einer erfolgreichen Therapie	270	SOMMER-STUMPENHORST, N.: Lese- und Rechtschreibungsschwierigkeiten: Vorbeugen und Überwinden	100
KLOSINSKI, G. (Hrsg.): Pubertätsriten. Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft	235	SPECK, O.: Chaos und Autonomie in der Erziehung. Erziehungsschwierigkeiten unter moralischem Aspekt	70
KÖNIG, K./LINDNER, W.V.: Psychoanalytische Gruppentherapie	269	SPIESS, W. (Hrsg.): Gruppen- und Team-Supervision in der Heilpädagogik	190
LEBOVICI, S.: Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker – Die frühen Formen der Kommunikation	308	STORK, J. (Hrsg.): Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes. Erkenntnisse der Psychopathologie des Säuglingsalters	69
LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Therapeutische Aspekte und Möglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	231	SZCZESNY-FRIEDMANN, C.: Die kühle Gesellschaft. Von der Unmöglichkeit der Nähe	67
LEONHARD, K.: Kinderneurosen und Kinderpersönlichkeit	336	TEXTOR, M.R.: Scheidungszyklus und Scheidungsberatung	267
LEYER, E.M.: Migration, Kulturkonflikt und Krankheit. Zur Praxis der transkulturellen Psychotherapie	378	TEXTOR, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Eine Einführung für soziale Berufe	268
LOHAUS, A.: Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern	149	THEUNISSEN, G.: Heilpädagogik im Umbruch	270
MARTINIUS, J. (Hrsg.): Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle	34	TIETZE-FRITZ, P.: Handbuch der heilpädagogischen Diagnostik	377
MASSING, A. (Hrsg.): Psychoanalytische Wege in der Familientherapie	68	TÖLLE, R.: Psychiatrie	231
MATAKAS, F.: Neue Psychiatrie. Integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch	307	TREPPER, T.S./BARRETT, M.J.: Inzest und Therapie: Ein (system)therapeutisches Handbuch	191
MÖLLER, W./NIX, C. (Hrsg.): Kurzkommentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz	102	TRESCHER, H./BÜTTNER, C.: (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 3	339
MOGEL, H.: Psychologie des Kinderspiels	338	TYSON, P./TYSON, R.: Psychoanalytic Theories of Development. An Integration	66
MÜSSIG, R.: Familien-Selbst-Bilder. Gestaltende Verfahren in der Paar- und Familientherapie	233	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Familienorientierte Frühförderung	378
NISSEN, G. (Hrsg.): Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter	230	VIEBROCK, H./HOLSTE, U. (Hrsg.): Therapie – Anspruch und Widerspruch	338
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse IX, 1989	31	WESTHOFF, K./KLUCK, M.L.: Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen	149
ORBACH, I.: Kinder, die nicht leben wollen	150	WIESSE, J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz	98
PERREZ, M./BAUMANN, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2: Intervention	32	WILMERT, H.: Autistische Störungen. Aspekte der kognitiven Entwicklung autistischer Kinder	234
QUEKELBERGHE, R.v.: Klinische Ethnopsychologie: Einführung in die Transkulturelle Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie	67	ZIEGLER, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten	271
RANDOLPH, R.: Psychotherapie – Heilung oder Bildung? Pädagogische Aspekte psychoanalytischer Praxis	309	ZINKE-WOLTER, P.: Spüren – Bewegen – Lernen. Handbuch der mehrdimensionalen Förderung bei kindlichen Entwicklungsstörungen	232
RAUCHFLEISCH, U.: Kinderpsychologische Tests. Ein Kompendium für Kinderärzte	235		
REHN, E.: Geschwister zerebralparetischer Kinder. Persönlichkeitsstruktur, Lebenssituation und seelische Gesundheit	99	Editorial 344	
REITTER, H. (Hrsg.): Kinderspiel und Kindheit in Ost und West	98	Mitteilungen der Herausgeber 265	
ROGERS, C.R./SCHMID, P.F.: Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis	376	Autoren der Hefte 30, 64, 97, 146, 184, 219, 265, 303, 331, 374	
ROTHENBERGER, A.: Wenn Kinder Tics entwickeln. Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung	33	Diskussion/Leserbriefe 266	
ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Sexuell deviantes Verhalten Jugendlicher	337	Zeitschriftenübersicht 64, 146, 226, 304, 374	
SALISCH, M.v.: Kinderfreundschaften	312	Tagungskalender 35, 72, 105, 152, 193, 237, 272, 313, 342, 382	
		Mitteilungen 36, 73, 106, 154, 194, 238, 272, 342, 382	

Psychosoziale Aspekte bei der Frühgeburt eines Kindes – eine Bestandsaufnahme¹

Von Brigitte Hantsche, Karl-Heinz Henze und Gudrun Piechotta

Zusammenfassung

Die psychosozialen Folgen der Frühgeburt eines Kindes werden dargestellt. Orientierend am Verlauf werden charakteristische Besonderheiten von Schwangerschaft, Geburt und Postnatalzeit an Hand der aktuellen Literaturlage geschildert. Während der stationären Phase ergeben sich als wichtige Aufgaben für das behandelnde und betreuende Personal, die sensomotorische und interaktive Entwicklung des Babys zu fördern, die Eltern bei der Versorgung des Kindes anzuleiten und psychosoziale Frühversorgung zu leisten. Die vorhandenen empirischen Studien sind entweder kindzentriert, familienzentriert oder personalzentriert. Trotz zahlreicher Untersuchungen fehlt es noch an Verlaufsstudien, die die Interaktion dieser genannten Dimensionen ins Blickfeld fassen und die der deutlichen Veränderung in der Zusammensetzung der Frühgeborenenrundgesamtheit in den letzten Jahren Rechnung tragen.

1 Zur Definition und zur Prävalenz

Der Begriff „Frühgeborene“ bezeichnet eine heterogene Gruppe lebend geborener Kinder, die nach einer Gestatio von weniger als 37 Wochen zur Welt kommen oder ein Geburtsgewicht von ≤ 2500 g aufweisen. Differentialdiagnostisch abzugrenzen sind vollausgetragene Kinder,

die infolge einer Mangelentwicklung untergewichtig sein können. Es handelt sich hier um „small for date Babys“. In der amerikanischen Literatur hat sich der Sammelbegriff für Kinder mit einem unterdurchschnittlichen Geburtsgewicht (≤ 2500 g) „low birth weight infant“ (LBW-Kind) durchgesetzt. Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g werden als „very low birth weight infants“ (VLBW-Kinder) bezeichnet. Für die Bundesrepublik wird eine Frühgeborenenquote von knapp 6%–7% der Neugeborenen (STEIDINGER/UTHICKE, 1989; ELKELES, 1991) angenommen. Aufgrund technologischer Innovationen ist die Überlebenschance Frühgeborener, auch in Extremfällen, erheblich gestiegen, wobei die Zahl langfristiger neurologischer Schäden vermindert werden konnte (WOLF, 1979; BÖLTER, 1984; GMYREK/AMON, 1987).

2 Zu den psychosozialen Risikofaktoren von Frühgeburt

Nach einer Reihe von Untersuchungen (Übersicht in: MIETHGE, 1979; BLAU et al., 1963; NEWTON et al., 1979; NEWTON/HUNT, 1984; MADEJA/MASPFUHL, 1989) können als relevante innerpsychische und interaktionelle Mechanismen bedeutsam sein:

- Alter, Familienstand, Umfang pränataler Diagnostik, Einkommensverhältnisse, sozio-ökonomischer Status;
- emotionale Unreife, erhöhtes Angstniveau;
- Belastungen in der Partnerschaft (Ehekrise, Trennung, Scheidung, Tod des Partners) oder mit der Herkunftsfamilie (Tod eines engeren Familienmitgliedes, z.B. mißachtende oder abwertende Elternäußerungen), persönliche Vorerfahrungen mit Tot- oder Fehlgeburt;

¹ Aus dem von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt „Psychosoziale Frühversorgung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen“ (Leitung: Prof. Dr. H. Friedrich).

- Angst, Unsicherheit, Ambivalenz in bezug auf die Schwangerschaft, Ablehnung der Schwangerschaft bzw. der Mutterrolle, depressive Verstimmungen während der Gestation, Überforderungsängste wegen der zukünftigen Betreuung und Pflege des Kindes.

Über die Einflüsse ungünstiger sozioökonomischer Bedingungen gibt es insgesamt heterogene Untersuchungsergebnisse (vgl. STEINHAUSEN, 1976). Gemäß der Münchner Perinatalstudie (in: MIETHGE, 1979) haben die unteren Sozialschichten eine höhere Früh- und Mangelgeborenenrate als höhere Schichten. NEWTON/HUNT (1984; vgl. OAKLEY, 1985; KELLER, 1981; GIBLIN et al., 1988) verweisen auf Moderatorneffekte, wenn sie z.B. auf Rauchen als relevanten Ursachenfaktor verweisen und der Anteil der Raucher in unteren sozialen Schichten höher ist. Von besonderer Bedeutung für die Reduktion der Frühgeborenenquote scheinen Vorsorge und institutionalisierte psychosoziale Unterstützung zu sein (OAKLEY, 1985; GIBLIN et al., 1988).

3 Zur sensomotorischen bzw. psychischen Entwicklung von Frühgeborenen

Infolge der zahlreichen technologischen und pharmakologischen Innovationen sowie der Erweiterung des medizinischen und psychologischen Kenntnisstandes, die u.a. zu einer deutlichen Veränderung in der Zusammensetzung der Frühgeborenenpopulation geführt haben, lassen sich viele Befunde aus den fünfziger und siebziger Jahren nicht mehr auf die aktuelle Situation beziehen. Hinzu kommt, daß unterschiedliche Untersuchungsansätze, Definitionsunterschiede und selektive Stichprobenauswahl die Vergleichbarkeit der Untersuchungen schmälern. Für die Erfassung sensomotorischer Funktionen bei Frühgeborenen gibt es wenige Meßinstrumente, die zudem eine geringe Prädiktorvalidität (DROTAR, 1987) aufweisen.

Frühgeborene besitzen ein größeres Repertoire an sensomotorischen und interaktiven Fähigkeiten, als lange angenommen wurde (LOZOFF et al., 1977). KORNER (1981) fand keine Unterschiede zwischen Frühgeborenen und Neugeborenen beim Reagieren auf taktile Stimuli, während auditive Reaktionen bei voll ausgetragenen Babys vergleichsweise schneller und häufiger waren, wobei ihre Reaktionsschwelle auch niedriger lag. Deutliche reifungsbedingte Unterschiede gab es bezüglich der visuellen Wahrnehmung. Frühgeborene weisen häufiger niedrigere mentale und psychomotorische Scores als vollausgetragene Kinder auf den Bayley-Skalen auf (Studien zit. in: GOODMAN et al., 1990). NEUHÄUSER et al. (1990) untersuchten bei N = 97 Kindern, die mindestens vierzehn Tage auf der neonatologischen Station betreut wurden, den Entwicklungsverlauf bis zum fünften Lebensjahr. Neben der Bildung charakteristischer Subverlaufsgruppen wurde bestätigt, daß prognostische Aussagen nach dem ersten Vierteljahr („Knotenpunkt“) deutlich sicherer werden. Die Autoren weisen darauf hin, daß eine sichere neurologische Beurteilung bei Neugeborenen insofern schwierig ist, weil

die festgestellten pathologischen Syndrome sich wandeln und sog. Durchgangssyndrome ohne eigentliche pathologische Bedeutung differentialdiagnostisch einzubeziehen sind. Auch STAVE (1979) fand bei Risikogeborenen eine zunehmende Kompensation (entweder Regression perinataler Hirnschäden bzw. eine Nachholreife) ab einem Lebensalter (LA) 3 Monate, wobei Kinder mit perinatalem zerebralem Distress die niedrigeren neurologischen Optimalitätsscores aufwiesen. FIELD et al. (1981) haben eine Vergleichsstudie (N = 151) mit einer spezifischen Gruppe von Frühgeborenen mit Atemnotsyndrom durchgeführt. Sie fanden bei den zu früh geborenen Babys vergleichsweise häufiger pädiatrische Komplikationen und Rückstände in der mentalen und motorischen Entwicklung. Ab LA 2 Jahre wurden zusätzlich Entwicklungsrückstände in der verhaltensmäßigen, sozialen und sprachlichen Entwicklung diagnostiziert.

4 Psychosoziale Dimensionen von Frühgeburt

In den meisten Studien wird auf die Krisentheorie CAPLANS und die entsprechenden Ausführungen von KAPLAN/MASON (1960) Bezug genommen, wonach „Frühgeburt“ als emotionale Krise aufgefaßt wird: Ein unvorhergesehenes Ereignis, auf welches die Familie psychologisch nicht vorbereitet war. Es wird ein zeitlich begrenzter Prozeß einer Destabilisierung auf intrapsychischem und interaktionellem Niveau angenommen, bis es zu einer Reorganisation von Persönlichkeitsfunktionen, Einstellungen und Verhalten kommt. Vereinzelt wird auch auf Konzeptbildungen innerhalb der Bewältigungsforschung, die sich genau auf den Umgang mit chronischer Krankheit oder Behinderung beziehen und auf psychoanalytische Theorieansätze, zurückgegriffen.

4.1 Zur Phase der Schwangerschaft

Mit den körperlichen bzw. physiologischen Veränderungen der Mutter, den Bewegungen, den Herztönen und der Sichtbarkeit des Kindes (auf dem Ultraschall) wird das Baby für die Frau und ihren Partner präsent bzw. sinnlich erfahrbar und somit Gegenstand einer zunehmenden Auseinandersetzung. Gleichzeitig deuten sich in der Interaktion zwischen Frau und Partner, zwischen ihnen und den jeweiligen Herkunftsfamilien, der Verwandtschaft sowie der weiteren sozialen Umwelt gesellschaftliche, kulturelle und soziale Statusveränderungen an. HUNZIKER/LARGO (1986) charakterisieren die Phase zu Beginn des dritten Trimenons als eine Zeit, wo die Umstellung zur Mutter- bzw. Vaterrolle forciert wird und bei der Mutter und/oder dem Vater gegenüber dem Kind erhebliche ambivalente Einstellungen bestehen oder sich entfalten können. Für die Mutter wird z.B. deutlich und konkret, daß sie ihre berufliche Tätigkeit in Zukunft anders handhaben oder auch unterbrechen muß. Es können auch zwischen Frau und Partner sehr unterschiedliche gegenseitige Rollenerwartungen und -zuweisungen bestehen, die in der Folge (z.B. im Sinne einer Verschiebung) zu ambi-

valenten Einstellungen oder negativ getönten Gefühlen gegenüber dem Kind führen. Wie wir in eigenen Beobachtungen² festgestellt haben, scheint in einer solchen Umbruchsituation eine starke Tendenz zu bestehen, sich an eigentlich als überholt erlebten Einstellungen der älteren Generation bzw. konservativ-patriarchalischen Normen zu orientieren. In dieser Phase finden sich ebenfalls verstärkt Ängste vor einer möglichen Fehlbildung des Kindes. Auch Entbindungsängste, Insuffizienzgefühle und Überforderungsgefühle, künftig ein Baby versorgen zu müssen, können sich bemerkbar machen. Eventuelle Vorerfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt werden zum Gegenstand emotionaler und kognitiver Auseinandersetzung. Das kann ein Vergleich der komplikationsreichen aktuellen Schwangerschaft mit einer früheren „glatten“ Schwangerschaft sein. Umgekehrt bestehen vielleicht auch traumatische Vorerfahrungen, die nun aktualisiert eine zunehmende Angst vor einer Wiederholungssituation erzeugen können. Nach HUNZIKER/LARGO (1986) werden in der letzten Phase der Schwangerschaft diese Konflikte im allgemeinen integriert und treten gegenüber einer positiven Erwartungshaltung in den Hintergrund. Die Mutter stellt sich nun zunehmend auf die körperliche und psychische Trennung von dem Kind ein und die Eltern entwickeln verstärkt Pläne und Phantasien, in die das Baby mit einbezogen ist (MINDE, 1986). Die Geburt wird auf den verschiedensten Ebenen vorbereitet (Wohnungsausstattung, Wahl des Kindesnamens, Handlungsplan beim Einsetzen der Wehen). Im Falle einer Frühgeburt wird in unterschiedlichem Ausmaße diese letzte integrative Phase der Schwangerschaft beeinträchtigt. Weder auf der Einstellungs- noch der Verhaltensebene sind Frau und Mann auf ihre Mutter- bzw. Vaterrolle hinreichend vorbereitet. Nach BÖLTER (1984) ist die innere Ablösung des bis dahin als Selbst attribuierten Fötus von der Mutter zum Zeitpunkt der Frühgeburt noch nicht abschließend realisiert³. Der Autor postuliert einen dreifachen Objektverlust: Verlust des phantasierten Objektes; Verlust eigener, idealisierter, auf das Kind projizierter Anteile des Selbst; (temporärer) Realverlust des Babys durch Verlegung auf die Frühgeborenenstation.

4.2 Zur Geburt

Sehr häufig wird die vorzeitige Geburt zu einem unerwarteten Schockerlebnis, wobei verschiedenste Faktoren den Grad traumatischer Erfahrung beeinflussen. Hierbei

wirken sich das Ausmaß der Unreife bzw. der Lebensgefährdung des Neugeborenen, das Vorhandensein eventueller Fehlbildungen oder Erkrankungen, Art und Ablauf des Geburtserlebnisses sowie psychischer und körperlicher Erschöpfungszustand von Mutter und Vater (z. B. wegen eines schwierigen Schwangerschaftsverlaufes) aus. Auch im Falle einer „normalen“ Entbindung ist das Erlebnis „Geburt“ beeinträchtigt; dies wird durch die Notfall-Atmosphäre signalisiert. Zudem erlebt die Mutter die Initialversorgung des Kindes oder bekommt „vage“ etwas mit. Neben verschiedenen Sondierungsuntersuchungen kann es erforderlich sein, Stoffe aus den Atemwegen zu entfernen und Schläuche in Nase und Mund einzuführen. Liegt z. B. ein lebensbedrohender Pneumothorax vor, muß eine Pleuradrainage durchgeführt werden. Dem Kind werden Schmerzen durch Hautschnitt und durch Nadeleinstich zugefügt, wobei ihm die Eltern dieses Leid nicht ersparen können. KAPLAN/MASON (1960) beschreiben in ihrer Studie (N = 60 Familien), daß die Mütter die lebhafteste Erinnerung an die Kleinheit ihres Babys hatten, wobei seine Hautfarbe und seine unattraktive Erscheinung den Schock vergrößerten. Dies hängt u. a. damit zusammen, daß die Eltern bis zu dem Geburtszeitpunkt Phantasien über das Baby haben, die sich an der Erscheinung eines termingerecht geborenen Kindes orientieren. Im Augenblick der Konfrontation ist es nicht möglich, die Vorstellung in ein reales Erwartungsbild zu korrigieren (HARRISON/TWARDOSZ, 1986). Wenn das Kind per Sectio geboren wird, ist die Mutter mit dem Verlust und der Enttäuschung über die nicht erlebte Geburt konfrontiert und hat – sofern es der Zustand des Kindes nach der Erstversorgung erlaubt – nur Augenblicke zum Kennenlernen, bis der Transport in die Kinderklinik erfolgt. Unter Umständen wird es Tage dauern, bis sie ihr Baby zum ersten Mal sieht. Bis dahin wird sie Informationen und Mitteilungen über ihren Partner erhalten und ihr Baby über Polaroid-Photos kennenlernen.

Die Situation kann sich verschärfen, wenn das Kind fehlgebildet oder kongenital behindert (z. B. angeborener Herzfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Spina bifida⁴) ist. Es kann auch ein organischer Defekt bestehen, der einen sofortigen operativen Eingriff erforderlich macht, oder eine Infektion (Lungenentzündung; Ammoniuminfektionssyndrom) vorliegen. Es verwundert daher nicht, wenn Mütter frühgeborener Kinder kurz nach der Geburt eher ambivalente Gefühle und überwiegend Angst und Verzweiflung verspüren, während Glück, Stolz und Freude im Vergleich zu Müttern termingerechter ausgetragener Babys eher reduziert sind oder fehlen (JEFFCOATE et al., 1979).

Verschiedene Autoren (KAPLAN/MASON, 1960; HUNZIKER/LARGO, 1986; RESNICK et al., 1988; GLOGER-TIPPELT, 1988) haben die psychische Situation der Eltern in der Phase, wo sich das Kind bereits auf der Frühgeborenenstation befindet, während die Mutter noch auf der Wöch-

² Wir beziehen uns auf Ergebnisse im Rahmen unseres laufenden Projekts, wo wir u. a. teilnehmende Beobachtungen auf einer Frühgeborenenstation vornahmen.

³ Ähnliche Vorstellungen finden sich bei CRAMER (in: KLAUS/KENNEL, 1987). Es wird dabei auf die theoretische Annahme zurückgegriffen, daß anfangs eine narzißtische Mutter-Fetus-Einheit besteht und sich zunehmend eine Objektliebe entwickle (vgl. BIBRING et al., 1961). Ohne dies an dieser Stelle näher auszuführen, erscheint uns BALINTS Konzept der primären Liebe, das von vornherein eine Fetus-Umweltbeziehung im Sinne einer „harmonischen Verschränkung“ (BALINT, 1970, S. 81) postuliert, angemessener.

⁴ Zur eingehenden Auseinandersetzung mit der psychosozialen Thematik bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte s. UHLEMANN, 1990, bei Spina bifida s. FRIEDRICH et al., 1991.

nerinnenabteilung verbleibt, beschrieben. Sozialisatorische Vorerfahrungen, Erfahrungen mit vorangegangenen Schwangerschaften, Ausmaß und Dauer der Trennung vom Kind sowie organisatorische und formale Regeln der Krankenhäuser und das Ausmaß an emotionaler Unterstützung durch das Krankenhauspersonal sind wichtige Faktoren, die sich auf das Erleben von Mutter und Vater in dieser Phase auswirken. Von Beginn an bestehen für die Eltern Angstgefühle wegen des möglichen Leidens und eventuellen Sterbens ihres Kindes (vgl. PEDERSON et al., 1987; BLACKBURN/LOWEN, 1985). Es wird auch ausphantasiert, wie es um die zukünftige Gesundheit und Entwicklung des Kindes bestellt sein könnte. Insbesondere die Mütter sind körperlich und psychisch erschöpft und müssen den Verlust der Antizipation eines freudigen Geburtsereignisses verarbeiten. Die Frauen erleben nicht selten Minderwertigkeits-, Schuld- und Versagensgefühle, weil sie ihr Baby nicht termingerecht austragen konnten und sich somit als Urheberin für das Leiden ihres Kindes begreifen. Im einzelnen können es das Gefühl körperlicher Insuffizienz sein, die Vermutung einer Fehlhandlung (Nikotin- bzw. Alkoholabusus, zu häufiger bzw. zu einem späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft betriebener Sexualverkehr) oder das Empfinden, während der Schwangerschaft zu egozentrisch eigene Bedürfnisse (z. B. Fahrradfahren) durchgesetzt und somit zu wenig Rücksicht auf das Baby genommen zu haben. Nach eigenen Beobachtungen werden verschiedentlich solche Gefühle von vornherein wegen ihrer Bedrohlichkeit abgewehrt, indem die Mütter zur verzweiferten überkompensierenden Bemühung gegenüber dem Baby neigen oder die Verantwortung für mangelnde Entwicklungsfortschritte des Babys dem ärztlichen bzw. Pflegepersonal anlasten, was sich oberflächlich in aggressiven und feindseligen Einstellungen manifestieren kann. Es werden auch archaische Ängste aktiviert, daß das Baby von anderen, nämlich den Ärzten und dem Pflegepersonal der Mutter weggenommen wurde. All die verschiedenen belastenden Aspekte führen bei den Müttern zu Niedergeschlagenheitsgefühlen und depressiven Reaktionen im Sinne von Antriebslosigkeit, Schweigen, Müdigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit.

Den Vätern kommt in jener Phase eine wichtige Botengänger-, Vermittler-, Organisations-, Puffer- und Unterstützungsfunktion zu. Sie pendeln zwischen der Frauenklinik und der Kinderklinik hin und her und müssen sich dementsprechend mit den Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten ihrer Frauen, den Einstellungen und Haltungen der Ärzte bzw. Ärztinnen der Neonatologie und denen der Frauenklinik sowie dem frühgeborenen Baby und der eigenen emotionalen Erfahrung auseinandersetzen. Es wird ein aktives, rationales Bewältigungshandeln bzw. -management verlangt, wobei sich hier frühzeitig bestimmte Rollenmuster in der Partnerbeziehung bilden können. BECKMANN (1990) beschreibt, daß es zu einer tradierten Geschlechtsrollenstereotypisierung im Sinne einer depressiven (weiblichen) vs. narzißtischen (männlichen) Rollenverteilung kommen kann. Hierbei neigt der männliche Partner dazu, seine Hilflosigkeitsgefühle auf seine

Partnerin zu projizieren und durch diese ausleben zu lassen. Für die Eltern stellen sich auch Fragen der eigenen Zukunft und der damit verbundenen Lebensqualität. Kränkungen und enttäuschte Erwartungen können in massiven Zurückweisungen des Babys resultieren (HARPER et al., 1976), wobei durch aggressive Impulse Angst-, Scham- und Schuldgefühle ausgelöst werden können und diese durch Reaktionsbildung (Überfürsorge, ängstliche Besorgnis) kompensiert werden (BÖLTER, 1984).

4.3 Erste Besuche auf der Intensivstation

Für einige Mütter erbringt die erste Begegnung mit dem Baby die Erleichterung, daß ihr Kind tatsächlich lebt und ihr niemand seinen zwischenzeitlichen Tod verschwiegen hat (HUNZIKER/LARGO, 1986). Manchmal kann auch ein latenter Zweifel auftauchen, ob es sich wirklich um das eigene Kind handelt. In vielen Fällen ist bei der ersten Begegnung nur eine minimale Berührung zwischen Mutter und Kind möglich, wobei das Kind sich in einem Inkubator befindet, ggf. intubiert ist, Körper und Kopf mit Elektroden versehen sind und Sonden gelegt wurden. Zudem findet der Erstkontakt in einer vergleichsweise nervösen Atmosphäre statt, weil ständig Apparate visuelle oder akustische Signale aussenden. Bei der Mutter können beim Erstkontakt tiefe Entfremdungsgefühle auftauchen, weil das Kind nicht den Erwartungen an ein Baby entspricht. Es wirkt unter Umständen schwächlich, macht ruckhafte Bewegungen und hat vielleicht eine unregelmäßig-mühsame Atmung. Mit seinem schmalen Kopf, der Lanugohaarung, den dünnen Extremitäten, der eigentümlichen Beschaffenheit der Haut und der Hautfarbe entspricht es nicht dem üblichen Babyschema. Es verfügt auch noch nicht über jene Bandbreite von Kommunikations- bzw. Ausdrucksfähigkeit wie ein voll ausgetragenes Kind. Die Betroffenheit der Eltern beim Anblick extrem untergewichtiger Babys äußert sich in den Beschreibungen über den ersten Anblick des Kindes: „skinned monkey“ bzw. „chicken“ (JEFFCOATE et al., 1979; KAPLAN/MASON, 1960; AFFLECK et al., 1991). Erschwerend kommt hinzu, daß die Station anfangs eine völlig unvertraute technisierte Umwelt darstellt, in der anheimelnde Elemente fehlen.

4.4 Phase der stationären Betreuung des Kindes

Mit der häuslichen Rückkehr der Mutter und der weiteren Behandlung des Kindes auf der Station beginnt eine weitere charakteristische Phase. Verwandten, Bekannten und Nachbarn kann das Baby nicht gezeigt werden, weil die Eltern mit „leeren“ Händen zurückkehren. Somit bleiben fortgesetzt Enttäuschungsgefühle bestehen, weil sich die Ideal-Erwartungen an Schwangerschaft und Geburt nicht erfüllten und die Trennung vom Kind weiterhin besteht (GLOGER-TIPPELT, 1988). Auch Verlustängste persistieren, wobei in einigen Fällen Haß- und Todeswünsche im Vordergrund stehen können, weil das Kind nicht oder nur sehr begrenzt überlebensfähig erscheint und sein Weiterleben für es und die Familie scheinbar nur leid- und qualvolle Perspektiven eröffnet. Es beginnt eine ätiologi-

sche Suche, wobei tiefe Scham- und Schuldgefühle entstehen und heftige Schuldzuschreibungen vorgenommen werden können. In der Literatur wird häufig auf depressive Verstimmungen bei den Müttern hingewiesen. Es bestehen auch funktionelle bzw. psychosomatische Symptome im Sinne von Angst-Äquivalenten (Tachycardie, Kreislauf labilität, hoher Blutdruck, Schwitzen). Insbesondere wenn weitere Kinder versorgt werden müssen und weite Anfahrtswege zur Klinik bestehen, sind zahlreiche alltägliche Koordinationsaufgaben zu lösen. Familien aus ländlichen Gegenden haben wegen der schlechten Infrastruktur Schwierigkeiten, Fahrten zur Klinik wie gewünscht zu realisieren, oft können sie statt eines Besuchs nur telefonisch Erkundigungen einholen. Ältere Geschwister spüren die verstärkte Aufmerksamkeit der Eltern für das Frühgeborene und können mit Abneigung, Feindseligkeit, Haß, Eifersucht, Rivalität und daraus resultierenden Schuldgefühlen reagieren. Wichtig erscheint eine hinreichende und entwicklungsalterangemessene Information der Geschwister, um mögliche magische, angstinduzierende Vorstellungen über das Geschehen auf der Intensivstation bzw. über die Eigenheiten des neuen Geschwisterkindes zu reduzieren (Poster/Betz, 1987). Die Frage ist, inwieweit es erforderlich ist, Kindern bis zum 12./16. Lebensjahr den Besuch auf der Intensivstation nicht zu gestatten, wird diskutiert. Erhöhte Infektionsgefahren scheinen nicht zu bestehen (Wranesh, 1983; Fletcher, 1983). Auch traumatisierende Erfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten sind vermutlich nicht zu befürchten, wobei das Entwicklungsalter eine wesentliche Moderatorvariable darstellen könnte (Maloney et al., 1983 Oehler/Vileisis, 1990).

Auf der Station bestehen zahlreiche Aufgaben für die Mutter und den Vater. Sie müssen z.B. in einer anfangs unvertrauten Umwelt zurechtkommen und eine Reihe von spezifischen Pflege- und Ernährungsmaßnahmen lernen. Auch bestimmte Attribute und Verhaltensweisen ihres Kindes müssen sie kennenlernen, verstehen und einordnen können: Z.B. sind Frühgeborene schwieriger zu füttern und zeichnen sich auch durch ein höherfrequentes „mauzendes“ (mewing) Schreien aus, das vergleichsweise weniger interaktive Qualität und Signaleindeutigkeit aufweist (vgl. DIVITTO/GOLDBERG, 1979).

Eine besondere Anforderung stellt die Gestaltung der Beziehung zum Baby dar. Unseren eigenen Beobachtungen zufolge beschreiben viele Eltern eine verzögerte Beziehungsaufnahme zum Kind (vgl. JEFFCOATE et al., 1979). Ambivalenz- und Angstgefühle der Eltern eines frühgeborenen Babys werden auch darin deutlich, daß es unter Umständen erst nach Wochen mit seinen Namen angesprochen wird. Anfangs ist oft nur ein minimal-handling möglich, wobei die Mutter überwiegend passive Beobachterin ist, wenn die Schwester Pflegearbeiten durchführt. Erst mit zunehmender Reife des Kindes nimmt der Anteil der Pflege- und Ernährungsaufgaben für die Mutter zu. Sie kann dann auch verstärkt Zärtlichkeiten mit dem Kind austauschen. MINDE et al. (1980a) haben bezüglich der Mutter-Kind-Interaktion auf der Station und während der darauffolgenden häuslichen Phase festgestellt, daß die

mütterlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen, wie z.B. die Beziehung zur Mutter und familiäre Faktoren, wie z.B. die Beziehung zum Partner mit niedriger oder hoher Verhaltensaktivität gegenüber dem Baby (Ansehen, Berühren, Lächeln, Sprechen, En-face-Position) verbunden sind. Mütter mit ausgeprägter Aktivitätshaltung waren aufmerksamer und erwiderten häufiger Aktionen des Babys, während die Mütter mit einer ausgeprägt passiven Haltung sich eher abseits hielten. Nach MINDE et al. wird die Mutter-Baby-Interaktion von seiten der Mutter präterminiert, wobei durch das Baby sowohl eine Rückkopplung als auch eine aktive modifizierende Steuerung stattfinden. Entgegen früherer Annahmen zeigte sich auch, daß das Ausmaß und die Schwere von prä- und perinatalen Komplikationen kein valider Prädiktor für den Grad der elterlichen Zuwendung zu sein scheint. RAMEY et al. (1981) weisen darauf hin, daß die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion auch für die Entwicklung der sensomotorischen Funktionen des Kindes relevant ist. In dieser Phase kann es zum Ausbruch von Konkurrenz- bzw. Rivalitätsgefühlen zwischen Mutter und Vater kommen. Dies erklärt sich daraus, daß nach einer Sectio der Vater als erster das Kind in den Armen hält und sich in der ersten Versorgungsphase einen theoretischen und praktischen Vorsprung im Umgang mit dem Frühgeborenen angeeignet hat, während die Mutter noch in der Frauenklinik liegt. Wenn der Vater Überlegenheits- und Aneignungsgefühle („mein Kind“) ausagiert, verstärkt er damit die passive und relativ marginale Position der Mutter. Es können aber auch umgekehrt Probleme entstehen, wenn der Vater mit der Begründung beruflicher Über- bzw. Auslastung zunehmend aus dem Feld geht und die Mutter sämtliche Pflege- und Betreuungsaufgaben allein zu leisten hat. LEVY-SHIFF et al. (1990) haben festgestellt, daß die Häufigkeit väterlicher Besuche auf der Station, die mit Verhaltens- und Einstellungsmerkmalen wie „Pflege“, „Reden“, „Spielen“, „emotionale Zuwendung“, „Halten“ korrelierte, als relevanter Prädiktor für die spätere Beziehung zum Kind und dessen sprachliche, soziale und verhaltensmäßige Entwicklung angesehen werden kann, wobei sich weder Gesundheitszustand des Kindes noch Ausbildungsgrad des Vaters als bedeutsame intervenierende Variablen erwiesen. Zwischen der Mutter und der das Kind behandelnden Schwester können erhebliche Konkurrenz-, Mißtrauens- und Feindseligkeitsgefühle auftreten, da sich die Mütter in der Pflege des Kindes sehr unsicher und ungeschickt erleben und anfangs Pflege und Fürsorge ihres Kindes durch eine andere Frau vornehmen lassen müssen. Hierbei besteht eine tiefgreifende Ambivalenz bei der Mutter, weil sie sich eine möglichst liebevolle Versorgung ihres Kindes wünscht und somit eine Pflegeperson, die genau dies kompetent auszuführen vermag. Ist das tatsächlich der Fall, können tiefe Insuffizienzgefühle bei der Mutter entstehen: Je besser die andere Frau die Stellvertreterfunktion auszuüben weiß, desto geringer erscheint der Mutter ihre eigene Wichtigkeit und Bedeutung für die Weiterentwicklung des Babys. Nach KLAUS/KENNEL (1987) äußern viele Mütter das Gefühl, daß ihr Baby eigentlich der Schwester gehöre. Die Autoren fordern da-

her, daß die Mütter konkrete und eindeutige Aufgaben auf der Station zugewiesen bekommen, so daß sie für die Entwicklung ihres Babys etwas beitragen können.

5 Betreuungskonzepte auf der Station

5.1 Zur Betreuung des Frühgeborenen

Im allgemeinen wird auf den Frühgeborenenstationen ein frühzeitiger und regelmäßiger Besuch der Eltern gewünscht, da diese der Eltern-Kind-Beziehung förderlich ist (vgl. ZESKIND/LACINO, 1984).⁵ Auch in die Pflege des Kindes sollten die Eltern soweit wie möglich einbezogen werden, wobei der Grad an Pflegebeteiligung von der erworbenen pflegerischen Kompetenz und dem Reife- und Gesundheitszustand des Babys abhängt.

Auf der Station ist die Umwelt potentiell streßreich (Inkubatorlärm, Helligkeit, Durchführen lebenserhaltender bzw. -rettender Prozeduren), was sich bei dem Baby in streßtypischen Verhalten und ungünstigen physiologischen und hormonellen Parametern äußern kann. Diese Tatsachen haben u. a. zur „minimal-touch-policy“ auf der Station geführt. Ob und inwieweit die sensomotorischen Reizbedingungen im Inkubator (z. B. akustisch-optische Überstimulation) zu bleibenden sensorischen Schäden und Beeinträchtigungen in der Mutter-Kind-Interaktion führen können, ist nach BÖLTER (1984) noch nicht eindeutig nachgewiesen bzw. in Teilen nicht untersucht. Verschiedene Autoren weisen auf unterstützende, streßreduzierende, interaktionsfördernde Stimulationstechniken (z. B. Platzieren der Hand auf Kopf und Abdomen, taktile und kinästhetische Stimulation, Ansprechen, Schaukeln, Liebkosen, face-to-face-Kontakt) und Selbststimulationsprozeduren (Nuckeln) hin, die sich in reduziertem Streß und forcierter sensomotorischer Entwicklung manifestieren (vgl. SCARR-SALAPATEK/WILLIAMS, 1973; POWELL, 1974; KÖRNER, 1979; GOLDBERG, 1979; KLAUS/KENNEL, 1987; RESNICK et al., 1988; CHACE/LUDINGTON-HOE, 1989; FIELD, 1990). Oft wird jedoch wenig auf den Reifezustand des Babys eingegangen. Es scheint so, daß viele der Untersuchungsergebnisse sich eher auf „gewichtigere“ (reifere) Neugeborene beziehen. Es fehlt noch an differentiellen Ergebnissen, welche Art und welches Ausmaß von Stimulationen bei welchem Reifezustand förderlich ist. Nach SATTERFIELD/YASUMARA (1987) bedürfen insbesondere jüngere Mütter (LA < 25) intensiver Anleitung. Wesentlich erscheint eine Langzeitbetreuung, die auch die häusliche Anfangsphase einbezieht, wobei die Instruktionen so vermittelt werden sollten, daß den Eltern eine aktive Rolle beim Erlernen ihrer Aufgaben zukommt (HARRI-

SON/TWARDOSZ, 1986). Derzeit interessieren insbesondere Fragen, wie Überstimulation oder umgekehrt sensorische Deprivation vermieden werden können und wie eine optimale Balance zwischen Stimulation und Reizabschirmung aussehen könnte. BECKMANN (1990) weist darauf hin, daß man einen rhythmischen Wechsel zwischen Stimulation und Reizabschirmung finden muß, wobei der Säugling die Aufnahmebereitschaft selbst organisieren kann. Überaktivierung müsse vermieden werden, weil Risikokinder vergleichsweise länger gewohnte Reize fixieren und vermutlich mehr Zeit zur Abspeicherung und zum Aufbau der primären Gedächtnisstrukturen benötigen. Wichtig ist eine dementsprechende Anleitung der Eltern, die bei verringerter Reagibilität und Rückzugsverhalten des Säuglings Frustrationsgefühle erleben und im Sinne eines *circulus vitiosus* zu einer weiteren Verstärkung der überhöhten Stimulation neigen (GOLDBERG, 1979; vgl. CRNIC et al., 1983).

5.2 Zur Betreuung der Eltern

Als eine wesentliche Komponente für eine adäquate Betreuung der Eltern werden räumliche und organisatorische Veränderungen auf der Station von verschiedenen Autoren angeführt. Die Eltern sollten einen Raum zur Verfügung haben, wo sie Gespräche führen und ungestört mit ihrem Kind zusammensein können. Wenn möglich, sollte ein abgegrenzter Bereich mit Spielzeug für mitgebrachte Geschwisterkinder vorhanden sein.

Arbeitsanfall und -besonderheiten wie Notfallfahrten mit dem Unfallrettungswagen bzw. Notfallsituationen auf der Station bedeuten eine hohe Arbeitsbelastung für das behandelnde und pflegende Personal, wobei psychosoziale Aktivitäten nicht immer wie gewünscht vorhergeplant werden können bzw. diese Tätigkeiten infolge der eben erwähnten Notfallbereitschaft ständigen Unterbrechungen ausgesetzt sind.⁶ Die begrenzte Kapazität zur psychosozialen Betreuung auf der Station führt nicht selten zu einer Konzentration auf die Eltern, die ein Kind mit schwereren gesundheitlichen Komplikationen haben und auf der Station erreichbar sind. Hierbei handelt es sich zweifelsfrei um eine gefährdete Gruppe. MINDE (1986; vgl. MINDE et al., 1983) zeigt im Hinblick auf das Mutter-Kind-Verhältnis, daß die Mütter sehr kranker Kinder wenig Aktivität im Umgang mit dem Kind zeigten und später Verbesserungen des medizinischen Gesundheitszustandes ihres Babys kaum anerkannten. Sie betrachteten es weiterhin als krank und fragil und handelten dementsprechend.

Es gibt aber auch noch andere Elterngruppen, die der Aufmerksamkeit nicht entzogen sein sollten, wie jene Mütter bzw. Väter, deren Kind sich in einem guten Allgemeinzustand befindet, die aber ihre Phantasien und Ängste kaum zu bewältigen vermögen, wobei sie nach außen hin sehr unauffällig wirken. Eltern, bei denen insbesonde-

⁵ Die Annahme gravierender Folgestörungen wegen eines beeinträchtigten Frühkontaktes wurde inzwischen relativiert (vgl. MINDE et al., 1980a; RODE et al., 1981; WRIGHT/ZUCKER, 1980; BÖLTER, 1984). Ein wesentlicher Kritikpunkt am Konzept der „sensiblen“ Phase ist die Übernahme ethologischer Befunde bzw. der entsprechenden theoretischen Vorstellungen zur Beschreibung des Ablaufs der Entwicklung menschlicher Bindungs- bzw. Interaktionsprozesse.

⁶ Zu Empfehlungen für die klinische Betreuung des Frühgeborenen und seiner Eltern siehe ZEANAH/JONES (1982); BEATON (1984); KLAUS/KENNEL (1987); SWANSON (1990).

re die Beziehung zum frühgeborenen Kind (oder einem der Kinder, wenn es sich um Zwillinge handelt) nachhaltig gestört ist, werden oft schlecht erreicht, weil sie von der Station fernbleiben. Einige Eltern brechen ihre Besuche auf der Station gerade in einer extrem kritischen Situation ab: Wenn sich herausstellt, daß ihr Kind mit Sicherheit in absehbarer Zeit sterben wird (HARPER et al., 1976).⁷ BÖLTER (1984) hat potentielle Risikogruppen von Eltern hypothetisch nach der Art ihrer Abwehr (Krisenbewältigung) bestimmt. Das Auftreten dieser Abwehrmechanismen ist vom Personal dann als Warnsignal aufzufassen, wenn sie nicht passager bzw. als Akutreaktion, sondern als strukturelle oder konsistente Merkmale auftreten: Verleugnung⁸, Affektisolierung, Projektion von Schuld, Regression aus der Objektbeziehung (Regression und Rückzug aus der affektiven Beziehung zum Frühgeborenen). BÖLTER weist darauf hin, daß diese Abwehrmechanismen dem betreuenden und pflegenden Personal die Abwehr eigener Betroffenheit erleichtert und dessen Agieren fördert.⁹

Eine Möglichkeit, außerhalb der Alltagshektik auf der Station mit Eltern betreffende Probleme zu diskutieren, bieten die Frühgeborenen-Eltern-Gruppen. Solche „support-groups“ sind nach MINDE et al. (1980) auch insofern sinnvoll, weil Eltern am meisten von der Hilfe anderer Betroffener profitieren können und deren Unterstützung am ehesten annehmen. In einer Kontrollstudie stellten die Autoren auch deutliche Effekte in Hinsicht einer Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion fest. Mütter aus der Elterngruppe machten häufiger Besuche und interagierten mit ihren Kindern öfter, wobei es auch häufiger zu emotionalen Körperkontakten bzw. Liebkosungen (Streicheln, Küssen) kam. Die Mütter nahmen sich auch mehr Zeit zum Füttern ihres Babys. So fühlten sich die Eltern eher in der Lage, ihr Kind in Obhut eines Babysitters zu lassen und sich einmal zurückzuziehen und zu entspannen. Diese Differenzen wurden drei Monate nach der Geburt festgestellt. In US-amerikanischen Häusern nehmen die „erfahrenen“ Eltern (die bereits typische Krisen durchlaufen haben) neben dem professionellen Koordinator wichtige animatorische Funktionen wahr. Häufig werden die Gruppen von einem interdisziplinären Team moderiert.

BAYLEY et al. (1988, 21 ff.) beschreiben die 15monatige Arbeit mit einer Gruppe von Eltern von schwer erkrank-

ten Frühgeborenen mit bronchopulmonaler Dysplasie. Die überwiegend diskutierten Themen (Prozentangabe entsprechend der Häufigkeit des Themas als Diskussionsgegenstand bezogen auf die Zahl der Treffen) waren:

- Psychosoziale Probleme (100%):
Gefühle von Isolation; Verwirrung; oftmals Wut aufgrund der Verweigerung von Familienmitgliedern, das Baby zu besuchen; Einschränkung sozialer Kontakte wegen Ängsten vor Ansteckung des Kindes mit der Folge möglicher Rehospitalisierung; Ängste vor Diskreditierung und Diskreditierbarkeit mit charakteristischen Bewältigungsversuchen, wie z.B. Angabe eines jüngeren Lebensalters des Kindes; nicht selten Wechsel von Angst in Wut, die sich z.B. im Versuch, andere Personen mit dem Anblick des Babys zu schocken, äußern kann; Bedauern über den Verlust des freudigen Ereignisses „Geburt“ mit seinen Implikationen; Partnerschaftsprobleme; Beeinträchtigung in der beruflichen Entwicklung; Wut-, Schuld-, Angst- und Trauergefühle (vgl. die vorherigen Kapitel).
- Entwicklungsprobleme (92%):
Schwierigkeiten beim Füttern des Babys; Probleme mit der optimalen Stimulation des Kindes, wobei manche Eltern über aversive Reaktionen des Babys auf neue Objekte berichten; Verzögerungen in der sprachlichen Entwicklung, zum Teil Eigentümlichkeiten wie Imitation von Ventilatorgeräuschen; sozialisatorische Defizite wie Furcht vor anderen Kindern und Vermeidung von Augenkontakten.
- Fragen der häuslichen Betreuung (62%); spezifische medizinische Fragen, insbesondere zur Diagnose und zur Varietät der unterschiedlichen Entwicklungsfortschritte der Kinder (54%) sowie Diskussion der Organisationsabläufe und der Interaktionen auf der Station (46%).

NEUBAUER (1987, S. 506 f.) und andere Autoren (MINDE et al., 1980; RESNICK et al., 1983; PEDERSON et al., 1985) sehen als wesentliche Aufgaben der Frühgeborenengruppe:

- Erfahrungen zu fördern, daß andere Eltern sich in einer ähnlichen Situation befinden und man mit seinen Sorgen und Ängsten nicht allein ist;
- Bearbeitung emotionaler Krisen einschließlich der Explikation von Verunsicherung, Ängsten, Schuldgefühlen und Enttäuschung;
- Reduktion bzw. Aufhebung elterlicher Isolationstendenzen, die nicht nur aus einem elterlichen emotionalen und sozialen Rückzug resultieren, sondern teilweise Folge des passiven distanzierten Verhaltens von Freunden, Verwandten und Bekannten sind, da diese Angst haben, den Eltern gegenüberzutreten oder sich ihnen gegenüber falsch verhalten zu können;
- Beseitigung von Informationsdefiziten hinsichtlich der Behandlung und Pflege des Babys;
- Verstehen der technischen und pflegerischen Prozeduren;
- Austausch über die Interaktion, Konflikte und Reibungen zwischen Eltern und dem professionellen Personal mit der Zielsetzung, die jeweiligen Sichtweisen zu explizieren und das gegenseitige Verständnis zu fördern;
- Vorbereitung auf die Übergangsperiode, wenn der Säugling von der Intensivstation verlegt bzw. entlassen wird (hierbei handelt es sich für die Eltern um ein durchaus ambivalentes Ereignis, da auf der Station eine ständige ärztliche, pflegerische und apparative Kontrol-

⁷ Auf die mit dem Tod des Babys verbundenen Folgen für die Familie gehen wir in diesem Zusammenhang nicht ein. Wir verweisen auf die Arbeiten von BENFIELD et al. (1978) und WALWORK/ELLISON (1985). Über die Aufgaben der betreuenden Institution informieren HARMON et al. (1984) und MALLISON (1989). Ethische Fragen werden von RAGATZ/ELLISON (1983); HARRISON (1986); ANSPACH (1987); SAVAGE et al. (1987); GOLDWORTH/STEVENSON (1989); YOUNG/STEVENSON (1990) diskutiert.

⁸ Ein in zahlreichen Studien sehr vielfältig verwendeter und mit unterschiedlichen Bedeutungen versehener Begriff.

⁹ Eine Arbeit über die Bewältigungsleistung der Familie aus der theoretischen Perspektive der Coping-Forschung ist AFFLECK et al. (1991).

- le des Kindes stattfindet: Eine Aufgabe, die nun zunehmend den Eltern zufällt, was auch höhere Anforderungen bei Notfällen stellt);
- Lernen der zukünftigen Bedürfnisse des frühgeborenen Kindes, Wissen und Annahme von unterstützenden diagnostischen und therapeutischen Folgeangeboten (z.B. Frühdiagnostik);
 - Entwicklung einer „life-line“, wie der Alltag einschließlich der persönlichen und familialen Lebenssituation berücksichtigt werden könnte;
 - Erkennen schwerer familialer Konflikte (ggf. Angebot gezielter Hilfe im Einzelgespräch).

6 Nach der Entlassung

Die Eltern eines frühgeborenen Kindes sind bereits auf der Station mit der Routinepflege vertraut gemacht worden. Sie haben das „handling“ des Kindes gelernt, was ihnen wegen dessen scheinbarer Zerbrechlichkeit nicht immer leicht fällt. Bei besonders gefährdeten Babys führen die Eltern zu Hause ein monitoring durch, wobei sie bereits auf der Station Kompetenzen erworben haben müssen, wie die Signale des Gerätes zu interpretieren sind. Auch Notfallmaßnahmen (sofortige Wiederbelebungsversuche, Alarmierung des Notarztes) müssen sicher beherrscht werden. In einigen Fällen kann die Apparatur quasi tyrannische Funktionen annehmen, d.h. die Mutter befindet sich in einer ständigen Erwartungsspannung oder erlebt bei den nicht seltenen Fehlalarmen fortgesetzt hochgradige Angstattacken.

Wie bereits erwähnt, haben Frühgeborene bestimmte Eigenheiten wie einen weniger koordinierten Wach-Schlaf-Rhythmus (BECKMANN, 1990), gelten als nervöser, irritierbarer und schwieriger zu beruhigen als termingerecht Geborene und zeigen eine höhere Aufmerksamkeitschwelle bei einer niedrigeren Aversionsschwelle (FIELD, 1983). Frühgeborene Babys benötigen daher eine optimale Stimulation, um nicht infolge von Reizüberflutung ein reizabwendendes Verhalten zu provozieren. Bezieht man die vorangegangenen Belastungen für die Familie, das weiterlaufende Krisenmanagement, die vergleichsweise längere Anpassungsphase, um eine adäquate Pflege zu erzielen (JEFFCOATE et al., 1979), die Interpretationsschwierigkeiten bei bestimmten Verhaltenssignalen des Babys (z.B. langanhaltendes Schreien), die fortgesetzte Auseinandersetzung mit medizinischen Problemen ein, wird verständlich, daß massive Erschöpfungsgefühle mit depressiven Zügen, soziale Isolationstendenzen, Gefühle des Ausgehöhltheits, der Hilflosigkeit und Zukunftsängste auftreten können, die sich quantitativ und qualitativ deutlich von den Belastungen unterscheiden, denen sich eine Familie mit einem termingerecht ausgetragenen Kind gegenüberstellt (HUNZIKER/LARGO, 1986).¹⁰ GLOGER-TIPPELT

(1988) bemerkt, daß Eltern frühgeborener Kinder häufig Merkmale des Babys wie seine Art des Schreiens, seine Motorik, seine Atmung beachten, während z.B. das Geschlecht des Kindes und die damit verbundenen Phantasien und Themen vergleichsweise weniger eine Rolle zu spielen scheinen als bei Eltern termingerecht geborener Kinder. Vielleicht ist die Überforderung bei der Betreuung des Kindes und das Aufstauen von Ärger und Aggression einer der möglichen Faktoren für die erhöhte Rate von Kindesmißhandlungen bzw. -vernachlässigungen bei Frühgeborenen. In besonderer Weise bestehen auch Sorgen um die Zukunft des Kindes bzw. das Ausmaß seiner möglichen gesundheitlichen Gefährdung (insbesondere bei längerfristigen Krankheiten bzw. Komplikationen wie bronchopulmonaler Dysplasie und Zustand nach schweren Hirnblutungen) und seine körperliche, intellektuelle und sensomotorische Entwicklung.

Nach Befunden aus den siebziger Jahren sind in Familien frühgeborener Kinder ein erhöhtes Scheidungsrisiko (gegenteiliger Befund: BOYLE et al., 1977) und Kindesmißhandlungen öfter anzutreffen (LEIFER et al., 1972; SILLS et al., 1977), wobei unklar ist, inwieweit diese Tatsachen auf die Frühgeburt des Kindes zurückgeführt werden können. TRAUSE/KRAMER (1983) weisen für ihre selektive Stichprobe auf korrelative Zusammenhänge zwischen Frühgeburt, sozioökonomischen Status, Krankheit des Kindes und der erhöhten Rate alleinerziehender Eltern und der frühen Kind-Mutter-Trennung nach der Geburt hin. Sieben Monate nach der Niederkunft ließen sich bis auf die Tatsache, daß annähernd 50% der Mütter der Frühgeborenen erneut schwanger waren, keine Differenzen zwischen den Gruppen feststellen. Einschränkend ist zu bemerken, daß es sich bei den Frühgeborenen um Kinder mit relativ guter Gesundheit handelte.

7 Schlußbemerkung

Anhand der Literatursicht wird deutlich, daß es ein Konzept von psychosozialer Betreuung, das die vielen Einzelaspekte berücksichtigt und gewichtet, noch nicht gibt, wenngleich einige Schritte in diese Richtung führen (vgl. BÄCKER, 1991). Als Anregung für ein konzeptuelles Verständnis der psychosozialen Dimensionen von Frühgeburt möchten wir abschließend unsere Sichtweise skizzieren.

Bei dem Ereignis Frühgeburt handelt es sich für alle Beteiligten um eine potentiell identitätsgefährdende Situation. Eltern, Kind und medizinisches Betreuungspersonal werden offen oder latent mit den Extremen von Leben

zugt, das sich die Mutter wünschte. Im Fall gleichgeschlechtlicher Babys wird das gesündere bevorzugt, wobei in 55% der Fälle sich die Präferenz im Laufe des ersten Jahres veränderte. Die scheinbare Bevorzugung eines Kindes kann nach MINDE nicht als „Benachteiligung“ aufgefaßt werden, vielmehr geht es um eine individuelle Differenzierung. Tatsächlich hatte jene Mütter, die niemals eine Präferenz zeigten, ambivalente bzw. unsichere Bindungen zu ihren Babys.

¹⁰ Eine Besonderheit stellt die Eltern-Zwillingspaar-Interaktion dar. Nach Befunden von MINDE (1986) wird bei Paaren verschiedenen Geschlechts von der Mutter das Geschlecht bevor-

und Tod konfrontiert. Die Bedrohung geht dabei für die jeweiligen Beteiligten von unterschiedlichen Quellen aus und betrifft charakteristische Aspekte ihrer Identität. Steht für das Frühgeborene die körperliche Bedrohung von Leben im Vordergrund, geht es den Eltern um deren gewünschte Identität als Person und Elternpaar, und zwar sowohl reflexiv als auch objektbezogen. Für das medizinische Personal geht es neben potentiellen Identifikationen als „als-ob-Eltern“ auch um die professionelle Identität und eine darin enthaltende kulturelle Widersprüchlichkeit von „Behandlung“ und „leidvollem Mitansehen-müssen“. Dies scheint eine Kernsituation darzustellen, die für viele Einstellungen, Verhaltensweisen und Interaktionen auf der Station einen Begründungszusammenhang liefert.

Summary

Psychosocial Aspects of Premature Birth. A Survey

This article describes psychosocial dimensions of premature birth. This review follows the course of pregnancy, birth and perinatal period in hospital and at home in characteristic features. Being in neonatal intensive care units, the baby's sensorimotoric and interaction skills have to be trained by medical and nursing staff. The staff assists and instructs parents in special care and handling procedures. There are in the literature numerous differentiated empirical reports, but usually these are focused on child, or family or staff. The authors emphasize that there is a lack of research considering process and interactions between the different groups. Psychosocial data concerning „new,“ specific subgroups among premature infants resulting from medical and technological advances in the last years are lacking.

Literatur

AFFLECK, G., TENNEN, H. & ROWE, J. (1991): Infants in crisis. How parents cope with new-born intensive care and its aftermath. New York: Springer. – ANSPACH, R. R. (1987): Prognostic conflict in life-and-death decisions: the organisation as an ecology of knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 215–231. – BÄCKER, A. (1991): Risikogeborene: Entwicklung und Eltern-Kind-Beziehung. Gefährdung der kindlichen Entwicklung durch perinatale Komplikationen. *Psychosozial*, Nr. 46, 96–105. – BALINT, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. *Die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett. – BAYLEY, J. E., HANCHARIK, S. M. & RIVERS, A. (1988): Observations of a support group for parents of children with severe bronchopulmonary dysplasia. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 19–24. – BEATON, J. L. (1984): A systems model of premature birth. Implications for neonatal intensive care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 13, 173–177. – BECKMANN, D. (1990): Hirnentwicklung und psychosoziale Balance bei Risikokindern. *Geistige Behinderung*, 29, 83–93. – BENFIELD, D. G., LEIB, S. A. & VOLKMAN, J. H. (1978): Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. *Pediatrics*, 62, 171–177. – BIBRING, G. L., DWYER, T. F., HUNTINGTON, D. S. & VALENSTEIN, A. F. (1961): A study of the

psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. I. Some propositions and comments. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9–27. – BLACKBURN, S. & LOWEN, L. (1985): Impact of an infant's premature birth on the grand parents and parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 14, 173–178. – BLAU, A., SLAFF, B., EASTON, K., WEIKOWITZ, J., SPRINGARN, J. & COHEN, J. (1963): The psychogenic etiology of premature birth. A preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 25, 201–211. – BÖLTER, D. (1984): Zur Psychologie der Frühgeburt. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 34, 59–69. – BOYLE, M., GRIFFEN, A. & FITZHARDINGE, P. (1977): The very low birthweight infant: impact on parents during the pre-school years. *Early Human Development*, 1, 191–201. – CAPLAN, G. (1960): Patterns of parental response to the crisis of premature birth. *Psychiatry*, 23, 365–374. – CHAZE, B. A. & LUDINGTON-HOE, S. M. (1984): Sensory stimulation in the NICU. *American Journal of Nursing*, 84, 68–71. – CRAMER, B. (1987): Die Reaktion einer Mutter auf eine Frühgeburt. In: M. H. KLAUS & J. H. KENNEL: Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 218–229. – CRNIC, K. A., RAGOZIN, A. S., GREENBERG, M. T., ROBINSON, N. M. & BASHAM, R. B. (1983): Social interaction and developmental competence of preterm and full-term infants during the first year of life. *Child Development*, 54, 1200–1210. – DIVITTO, B. & GOLDBERG, S. (1979): The effects of newborn medical status on early parent-infant interactions. In: T. M. FIELD, A. M. SOSTEK, S. GOLDBERG & H. H. SHUMAN (eds.): Infants born at risk. New York: Spectrum, 311–332. – DROTAR, D. (1987): Implications of recent advances in neonatal and infant behavioral assessment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, 51–53. – ELKELES, T. (1991): Die Bedeutung risikospezifischer Versorgungsangebote bei der Entwicklung der Säuglingssterblichkeit. Vortrag auf der Tagung der Gesellschaft Sozialmedizin und der Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention „Versorgungsforschung im Gesundheitswesen“. 13. September 1991, Berlin. – FIELD, T. M., DEMPSEY, J. R. & SHUMAN, H. H. (1981): Developmental follow-up of pre- and postterm infants. In: S. L. FRIEDMAN & M. SIGMAN (eds.): Preterm birth and psychological development, New York: Academic Press, 299–312. – FIELD, T. M. (1990): Neonatal stress and coping in intensive care. *Infant Mental Health Journal*, 11, 57–65. – FLETCHER, A. (1983): Working in a Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Child Psychotherapy*, 9, 47–55. – FRIEDRICH, H., SPOERRI, O. & STEMMANN-ACHEAMPONG, S. (1991): Mißbildung und Familiendynamik. Kinder mit Spina bifida und Hydrocephalus in ihren Familien. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – GIBLIN, P. T., POLAND, M. L., WALLER, J. B. & AGER, J. W. (1988): Correlates of neonatal morbidity: maternal characteristics and family resources. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 527–533. – GLOGER-TIPPELT, G. (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer. – GMYREK, D. & AMON, K. (1987): Das sehr untergewichtige Neugeborene (< 1500 g): Bedeutung, Strategie, untere Grenze, ethische Probleme, Betreuung. *Kinderärztliche Praxis*, 55, 379–387. – GOLDBERG, S. (1979): Premature birth: Consequences for the parent-infant relationship. *American Scientist*, 67, 214–220. – GOLDWORTH, A. & STEVENSON, D. K. (1989): The real challenge of „Baby Doe“: considering the sanctity and quality of life. *Clinical Pediatrics*, 28, 119–122. – GOODMAN, J. T., MALIZIA, K. E., DURIEX-SMITH, A., MAC MURRAY, B. & BERNARD, P. (1990): Bayley developmental performance at two years of age of neonates at risk for hearing loss. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 689–697. – HACK, M. & FANAROFF, A. A. (1989): Special report: Changes in the delivery room care of the extremely small

infant (< 750 g): effects on morbidity and outcome. *New England Journal of Medicine*, 314, 660-664. – HARMON, R.J., GLICKEN, A.D. & SIEGEL, R.E. (1984): Neonatal loss in the Intensive Care Nursery: effects of maternal grieving and a program for intervention. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 68-71. – HARPER, R.G., SIA, C., SOKAL, S. & SOKAL, M. (1976): Observations on unrestricted parental contact with infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatrics*, 89, 441-445. – HARRISON, H. (1986): Neonatal intensive care: Parents' role in ethical decision making. *Birth*, 13, 165-175. – HARRISON, L.L. & TWARDOSZ, S. (1986): Teaching mothers about their preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 15, 165-172. – HUNZIKER, U.A. & LARGO, R.H. (1986): Betreuung von Risikokindern: Eltern-Kind-Beziehung im ersten Lebenshalbjahr. Eine deskriptive Studie. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 134, 246-252. – JEFFCOATE, J.A., HUMPHREY, M.E. & LLOYD, J.K. (1979): Role perception and response to stress in fathers and mothers following pre-term delivery. *Social Science & Medicine*, 13A, 139-145. – KAPLAN, D.M. & MASON, E.A. (1960): Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 539-547. – KELLER, C.A. (1981): Epidemiological characteristics of preterm births. In: S.L. FRIEDMAN & M. SIGMAN (eds.): *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press, 3-15. – KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H. (1987): Mutter-Kind-Beziehung. Über die Folgen einer frühen Trennung. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. – KORNER, A.F. (1979): Maternal rhythm and waterbeds: form of intervention with premature infants. In: E.B. THOMAN (ed.): *Origins of the infants' social responsiveness*. Hillsdale, New Jersey: Earlbaum, 95-124. – KORNER, A.F. (1981): Sensory responsiveness and social behavior in the neonatal period. In: S.L. FRIEDMAN & M. SIGMAN (eds.): *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press, 207-215. – LEIFER, A.D., LEIDERMAN, C.R., BARNETT, C.R. & WILLIAMS, J.A. (1972): Effects of mother-infant separation on maternal attachment behavior. *Child Development*, 43, 1203-1205. – LEVY-SHIFF, R., SHARIR, H. & MOGILNER, M.B. (1889): Mother-father-preterm infant relationship in the preterm hospital nursery. *Child Development*, 60, 96-102. – LEVY-SHIFF, R., HOFFMAN, M.H., MOGILNER, S., LEVINGER, S. & MOGILNER, M.B. (1990): Fathers hospital visits to their preterm infants as a predictor of father-infant-relationship and infant development. *Pediatrics*, 86, 289-293. – LOZOFF, B., BRITTENHAM, G.M., TRAUSE, M.A., KENNEL, J.H. & KLAUS, M.H. (1977): The mother-newborn relationship: limits of adaptability. *Journal of Pediatrics*, 91, 1-12. – MADEJA, U.D. & MASPFUHL, B. (1989): Psychopathologische Aspekte von Abort und Frühgeburt. *Zentralblatt Gynäkologie*, 111, 678-685. – MALLISON, G. (1989): Life crisis. When a baby dies. *Nursing Times*, 85, 31-34. – MALONEY, M.J., BALLARD, J.L., HOLLISTER, L. & SHANK, M. (1983): A prospective, controlled study of scheduled siblings visits to a Newborn Intensive Care Unit. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 565-570. – MARSHALL, R.E. & KASMAN, C. (1980): Burnout in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics*, 65, 1161-1165. – MARTIN, E. (1989): Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und Reproduktion des Lebens.

Frankfurt: Campus. – MCGOVERN, M. (1984): Separation of the baby from the parents. *Nursing Times*, 80, 28-30. – MIETHGE, W. (1979): Auswirkungen spezieller medizinischer Interventionen auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung in der frühen Ontogenese. Bad Honnef. – MINDE, K. (1986): Besonderheiten in der Beziehung zwischen frühgeborenen Säuglingen und ihren Eltern: einige Forschungsergebnisse. In: J. STORK (Hrsg.): *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der*

psychoanalytischen Reflexion. Stuttgart-Cannstatt: Frommann-Holzboog, 149-159. – MINDE, K., SHOENBERG, N., MARTON, P., THOMPSON, J., RIPLEY, J. & BURNS, S. (1980): Self-help groups in a premature nursery – a controlled evaluation. *Journal of Pediatrics*, 96, 933-940. – MINDE, K.K., MARTON, P., MANNING, D. & HINES, B. (1980a): Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 1-21. – MINDE, K., WHITELAW, A., BROWN, K. & FITZHARDINGE, P. (1983): Effects of neonatal complications in premature infants on early parent-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25, 763-777. – NEUBAUER, A.-P. (1987): Gruppenarbeit mit Frühgeborenen-Eltern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 135, 504-507. – NEUHÄUSER, G., BECKMANN, D. & PAULI, U. (1990): Entwicklung sogenannter Risikokinder. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. *Frühförderung interdisziplinär*, 9, 1-11. – NEWTON, R.W., WEBSTER, P.A.C., BINU, P.S., MASKREY, N. & PHILLIPS, A.B. (1979): Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *British Medical Journal*, 2, 411-413. – NEWTON, R.W. & HUNT, L.P. (1984): Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *British Medical Journal*, 288, 1191-1194. – OAKLEY, A. (1985): Social support in pregnancy: the „soft“ way to increase birthweight? *Social Science & Medicine*, 21, 1259-1268. – OEHLER, J.M. & VILEISIS, R.A. (1990): Effect of early sibling visitation in an Intensive Care Nursery. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 7-12. – PEDERSON, D.R., BENTO, S., CHANCE, G.W., EVANS, B. & MERVIN FOX, A. (1987): Maternal emotional responses to preterm birth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 15-21. – PHIBBS, G., WILLIAMS, R. & PHIBBS, R. (1981): Newborn risk factors and costs of neonatal intensive care. *Pediatrics*, 68, 313-321. – PHILIP, A.G.S., LITTLE, G.A., POLIVY, D.R. & LUCEY, J.E. (1981): Neonatal mortality risk for the eighties: the importance of birth weight/gestational age groups. *Pediatrics*, 68, 122-130. – POSTER, E.C. & BETZ, C.L. (1987): Survey of sibling and peer visitation policies in southern California hospitals. *Children's Health Care*, 15, 166-170. – POWELL, L.G. (1974): The effect of extra stimulation and maternal involvement on the development of low-birth-weight infants and on maternal behavior. *Child Development*, 45, 106-113. – RAGATZ, S.C. & ELLISON, P.H. (1983): Decisions to withdraw life support in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clinical Pediatrics*, 22, 729-735. – RAMEY, C.T., ZESKIND, P.S. & HUNTER, R. (1981): Biomedical and psychosocial interventions for pre-term infants. In: S.L. FRIEDMAN & M. SIGMAN (eds.): *Preterm birth and psychological development*. New York: Academic Press, 395-415. – RESNICK, M.B., REISS, J., EYLER, F.D. & SCHAUBLE, P. (1988): Children's developmental services: A multidisciplinary program of psychological and educational services for neonatal intensive care. *Journal of Counseling and Development*, 66, 279-282. – RODE, S.S., CHANG, P.N., FISCH, R.O. & SROUFE, L.A. (1981): Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology*, 17, 188-191. – SATTERFIELD, M.J. & YASUMARA, K. (1987): Facilitating the high risk neonate's head control: effect of teaching method on mother's performance. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 55-62. – SAVAGE, T.A., CULLEN, D.L., KIRCHHOFF, K.T., PUGH, E.J. & FOREMAN, M.D. (1987): Nurses responses to do-not-resuscitate orders in the Neonatal Intensive Care Unit. *Nursing Research*, 36, 370-373. – SCARR-SALAPATEK, S. & WILLIAMS, M. (1973): The effects of early stimulation on low-birth weight infants. *Child Development*, 44, 94-101. – SILLS, J.A., THOMAS, J.L. & ROSEN-BLOOM, L. (1977): Non-accidental injury: a two-year study in central Liverpool. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 26-33. – STAVE, U. (1979): Entwicklungsneurologische Unter-

suchungen an Risikosäuglingen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 127, 621-627. – STEIDINGER, J. & UTHICKE, K.J. (1989): Frühgeborene. Von Babys, die nicht warten können. Reinbek: Rowohlt. – STEINHAUSEN, H. CHR. (1976): Psychologische Aspekte der Neonatologie: Zur Entwicklung von Frühgeborenen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 124, 570-576. – SWANSON, K.M. (1990): Providing care in the NICU: Sometimes an act of love. Advances in Nursing Science, 13, 60-73. – TRAUSE, M.A. & KRAMER, L.I. (1983): The effects of premature birth on parents and their relationship. Developmental Medicine and Child Neurology, 25, 459-465. – UHLEMANN, T. (1990): Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht. – WALWORK, E. & ELLISON, P.H. (1985): Follow-up of families of neonates in whom life support was withdrawn. Clinical Pediatrics, 24, 14-20. – WOLF, H. (1979): Das Schicksal des frühgeborenen Kindes. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 104, 1383-1388. – WRANESH, B.L.

(1982): The effects of sibling visitation on bacterial colonization rates in neonates. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 11, 211-213. – WRIGHT, B.M. & ZUCKER, R.A. (1980): Parental responses to competence and trauma in infants with reproductive casualty. Journal of Abnormal Child Psychology, 8, 385-395. – YOUNG, E.W.D. & STEVENSON, D.K. (1990): Limiting treatment for extremely premature low-birth-weight-infants (500 to 750 g). American Journal Diseases of Children, 144, 549-552. – ZEANA, C.H. & JONES, J.D. (1982): Maintaining the parent-staff alliance in an intensive care nursery. Psychosomatics, 23, 1238-1251. – ZESKIND, P.S. & IACINO, R. (1984): Effects of maternal visitation to preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit. Child Development, 55, 1887-1893.

Anshr. d. Verf.: Brigitte Hantsche, M.A., Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Göttingen, Humboldtallee 3, 3400 Göttingen.